Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 2-3 WARSZAWA, LUTY—MARZEC 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

DRUK.

Znaczek pocztowy 5 gr.

Fabryka Chemiczno-Farmaceutyczna

B. KROGULECKI

Oddział naukowy.

WARSZAWA

Ogrodowa 59a

Przystępując do wydania niniejszego drugiego zeszytu naszego miesięcznika „Therapia Nova", znaleźliśmy się w sytuacji o wiele łatwiejszej, niż to miało miejsce wówczas, kiedy rozważaliśmy dopiero potrzebę i cel naszego wydawnictwa.

Dzisiaj z mnóstwa listów i podziękowań od naszych Szanownych Czytelników wiemy, że inicjatywa nasza spotkała się z należytą oceną, że miesięcznik nasz stanie się istotnie tym przyjacielem i żywym doradcą każdego lekarza-praktyka, jak to przecież leżało w założeniu naszem od pierwszej chwili. Z niektórych głosów Szanownych Kolegów wnioskujemy wprawdzie, że są w naszem wydawnictwie jeszcze dość pokaźne luki, które jednakże, nie wątpimy w to, wypełnimy w sposób należyty.

W głębokiem przeświadczeniu, że z podstawowego obowiązku naszego stworzyć typ Czasopisma Polskiego, omawiającego w sposób treściwy i zwięzły najwybitniejsze postępy nowoczesnego lecznictwa, — wywiążemy się w sposób należyty, — ośmielamy się prosić Szanownych Kolegów o darzenie nas swem całkowitem zaufaniem w dalszym ciągu, tak, jak to miało miejsce już po pierwszym numerze.

REDAKCJA.

Nakład 10.000 egzemplarzy.

№ 2-3. WARSZAWA, LUTY—MARZEC 1929 ROK I.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Parę spostrzeżeń z trędowiska San Pablo nad Amazonką (Peru).

Podał Dr. med. Aleksander Freyd.
Członek Polskiej Ekspedycji Badawczej do Peru.

Podczas naszej zeszłorocznej podróży wzdłuż rzek: Amazonki, Ucayali i Tambo[1]), zaopatrzony w kompletne laboratorjum podróżne, uzbrojony w mikroskop typu kolonjalnego (Stiassnie) i w instrumenty badawcze — zbadałem, mniej lub więcej dokładnie, parę tysięcy czerwonoskórych tubylców (w tem pewien odsetek białych osadników).



Ambulatorjum miejskie w Iquitos nad Amazonką. W środku autor artykułu.

[1]) Polska Ekspedycja Badawcza, w skład której wchodzili p.p.: inż. F. Gadomski, K. Warchałowski, red. M. Pankiewicz, kpt. M. Lepecki, por. A. Zarychta i dr. Al. Freyd, wysłana była przez Rząd, celem stwierdzenia, czy tereny koncesyjne w Peru nadają się do kolonizacji polskiej.

Wyniki naukowe badań są niezmiernie ciekawe i pouczające, tembardziej, że pochodzą przeważnie z terenów, gdzie nie było dotychczas nigdy lekarza.

Już po pierwszych paru tygodniach badań można było stwierdzić z całą pewnością, że najpowszechniejszą plagą Amazonki Brazylijskiej i Peruańskiej jest anchylostomiasis (a nie zimnica, jak przeważnie mniemają).

Od ujścia Amazonki, wzwyż aż do rzek Tambo, Perene i Pangoa (podnóża Kordyljerów), t. j. na przestrzeni około 8 tys. km. — z reguły znajdywałem wybitną eozynofilję we krwi (6 — 53%!), zaś przy badaniach koprologicznych — jaja Anchylostoma duodenale, względnie jego odmiany amerykańskiej — Necator americanus. Bardzo często spotykało się jednocześnie ascaris, giardia intestinalis, trichomonas i oxyuris. Erytrocyty i wskaźnik hemoglobiny zawsze poniżej normy.



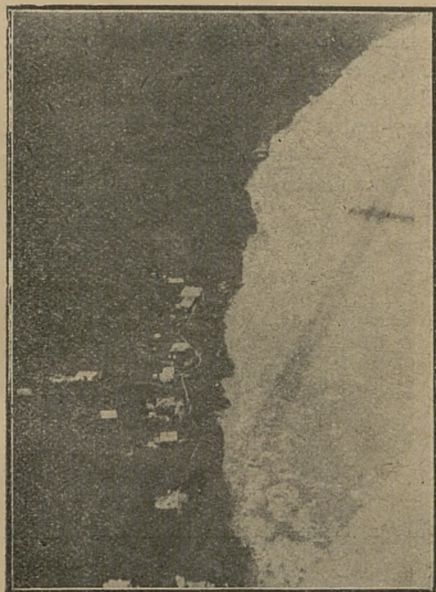
Ranna wizyta w szpitalu w Iquitos.
1) Płk. lek. Dr. Montero. 2) Nacz. aptekarz (Obydwaj stuprocentowi indjanie) 3) Dr. Freyd.

Przy badaniach klinicznych zawsze można było stwierdzić obecność zespołów anemicznych.

W dwuch tylko przypadkach badania na Anchylostoma dały wynik ujemny; mianowicie w Iquitos u syna konsula francuskiego i w trędowisku San Pablo nad Amazonką — u wszystkich przebywających tam trędowatych.[2])

[2]) W pierwszych dniach marca r. z. prosiłem szefa sanitarnego Departamentu Loreto o ułatwienie mi dostania się do trędowiska San Pablo, gdzie znajdują się chorzy z całej Amazonji Peruańskiej. Ponieważ podróż łodzią zwykłą musiałaby trwać około 8 dni, zwróciłem się do komendanta portu w Iquitos o przydzielenie mi wojskowego hydroplanu. Komendant portu telegrafował w tej sprawie do Ministerstwa Marynarki, skąd 19 marca nadeszła odpowiedź, dająca mi do dyspozycji samolot z pilotem (na 2 doby). Tegoż dnia ukończyłem przygotowania do podróży, a następnego rano odleciałem z pilotem — por. Cornejo do San Pablo. Jak się okazało byliśmy pierwszymi ludźmi, unoszącemi się nad Amazonką Peruańską. Przybycie lekarza europejskiego drogą powietrzną zrobiło na trędowatych, w ogromnej większości po raz pierwszy widzących samolot — olbrzymie, niedające się opisać wrażenie. W trędowisku pozostałem dwa dni.

O ile pierwszy przypadek był dla mnie zupełnie jasny, przemawiający za skutecznością umiejętnie stosowanej profilaktyki, o tyle drugi wydawał mi się nieco zagadkowy.



Widok ogólny trędowiska San Pablo.
Fot. Dr. Freyd (z samolotu.)

Na 46 chorych, przebywających stale w trędowisku, dość dokładnie zbadanych klinicznie, udało mi się przeprowadzić 26 badań hematologicznych i 6 — koprologicznych.

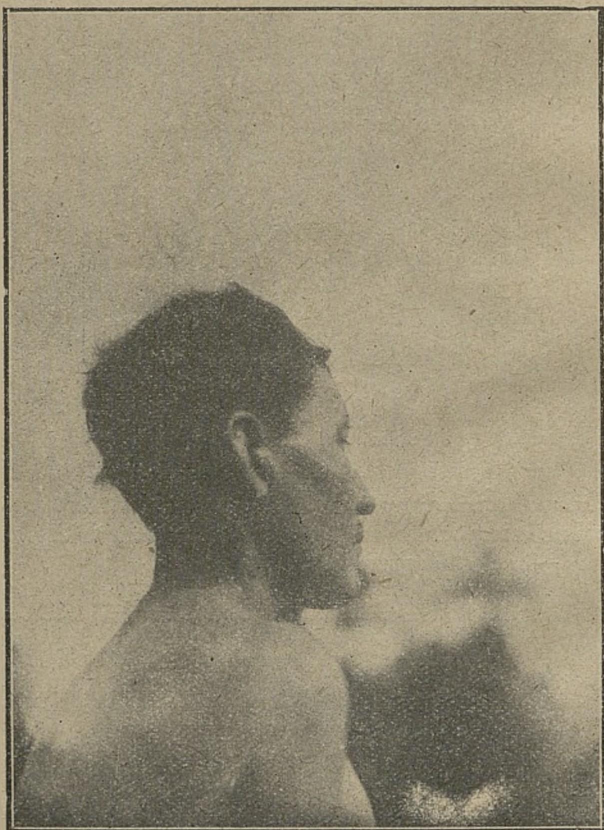


Autor artykułu podczas badania trędowatych w San Pablo.

Pierwsze prawie zawsze wykazywały pełnowartościowość krwi jakościową i ilościową, przyczem leukocyty kwasochłonne nie przekraczały nigdy 6%; drugie zaś nie wykazywały obecności tęgoryjca i necator'a.

Zaintrygywany powyższemi wynikami, przeprowadzałem systematycznie analogiczne badania u wszystkich nieinternowanych jeszcze trędowatych, wzdłuż Amazonki (Peruańskiej) i wzdłuż dolnego biegu rzeki Ucayali [3]) aż do osady Pucalpa włącznie.

Okazało się, że wolni trędowaci dają ten sam obraz kliniczny i laboratoryjny, co reszta ludności „zdrowej" — anchylostomiasis w 100% przypadków, z równoczesną silną niedokrewnością wtórną.



Przypadek trądu z okolic dolnego Ucayali. Rzucają się w oczy guzowate stwardnienia konchy usznej. Fotografował Dr. Freyd.

Zagadka do pewnego stopnia się wyjaśni, jeżeli dodam, że w trędowisku wszyscy chorzy otrzymują stałe serje zastrzyków do-

[3]) Nad górnem Ucayali (Polskie Tereny Koncesyjne) dotychczas nigdy trądu nie stwierdzono.

mięśniowych oleju Chaulmoogra czystego lub w związku z bizmutem (Antileprol i Chaulmoogrol), z równoczesnem podawaniem tych preparatów per os, podczas gdy wolnych trędowatych nie leczy się zupełnie.

Najwidoczniej więc Chaulmoogra, poza specyficznym omal działaniem na prątek Hansena, posiada wybitne działanie toksyczne w stosunku do tęgoryjca dwunastnicy, nie mniejsze niż, thymol i ol. chenopodium.



T. zw. „ulcére phagédénique des pays chauds" przez miejscowych uzdrawiaczy często mylnie rozpoznawany jako trąd. Kolekcja autora.

Serja badań, specjalnie w tym kierunku przeprowadzonych będzie mogła rzucić nieco więcej światła na powyższe zagadnienie. Nie wykluczonem jest, że skromny nasz arsenał środków przeciwtęgoryjcowych wzbogaci się jeszcze o jeden specyfik.

Nadmienić muszę przy sposobności, że zdumiewała mnie poprostu skuteczność terapji Chaulmoogrowej.

Już po kilku zastrzykach, w przypadkach Lepra maculosa i tuberosa, znikały wszystkie objawy skórne, zaś w mucus nasalis nie można było znaleźć prątków. Rzecz prosta, że w posuniętych okresach Lepra nervosa z zanikami i ubytkami, można było osiągnąć wyłącznie względne zatrzymanie rozwoju choroby.

Psychika i usposobienie ofiar kwasoodpornego lasecznika Hansena przypominały niezmiernie psychikę i usposobienie ofiar innego, również kwasoodpornego — lasecznika Kocha.

W tem miejscu należy podkreślić jedną zasadniczą różnicę.

O ile gruźlicy z reguły mają znacznie wzmożony popęd płciowy, o tyle u trędowatych przy wywiadach stwierdzałem zawsze impotentia coëundi u mężczyzn i sterilitas, połączoną z frigiditas u kobiet. W trędowisku San Pablo ogromna większość internowanych — to ludzie w młodym wieku (20 — 45 l.), nie krępowani żadnym regulaminem wewnętrznym, mieszkający wspólnie, a mimo to przez cały czas istnienia trędowiska zdarzył się jedyny wypadek zajścia w ciążę.

Niedonoszone dziecko, dosłownie w parę minut po urodzeniu, odseparowano od nieszczęśliwej matki i wywieziono z trędowiska. Obecnie liczy ono 5 lat i jest zupełnie zdrowe choć rachityczne.



Najdawniejsze szpitale starej Warszawy.

Podał T. Sawicki

W jednej ze swych wspaniałych mów, wygłoszonych w Warszawie, znakomity kaznodzieja, Piotr Skarga, powiedział: „Rzadki jest, któregoby nędza bliźniego, brata, sąsiada nie bolała, rzadki, którył by jej pomocy dać nie chciał”. I nie pomylił się. Znana była bowiem dobroczynność mieszkańców stolicy.



Dawny Szpital Dieciątka Jezus przy pl. Wareckim (Napoleona) przed przeniesieniem na Folwark Ś-to Krzyski. Fot. Z. Marcinkowski.

Już w roku 1388 spotykamy wzmiankę o pierwszym szpitalu, założonym przez ks. Mazowieckiego. Wyposażony jego hojnością, przy pomocy wpływów obywateli Warszawy, oraz magistratów starej i nowej Warszawy, dawał narazie przytułek kilku zgrzybiałym starcom. Niebył to we właściwym znaczeniu słowa — szpital, gdzie chorzy i kalecy poratowania zdrowia szukają. Pomięszanie tych pojęć powstało przez mylne przetłumaczenie wyrazu h o s p i t a l i s — (gościnny) na s z p i t a l n y d o m. W 1425 roku nazywano go d o m u m p a u p e r u m h o s p i t a l i s; w końcu XV w. — o r a c u l u m S-ti S p i r y t u s, a w sto lat później—x e n o d o c h i u m s i v e h o s p i t a l e dom gościnny dla ubogich pielgrzymów).

Komisja Boni Ordinis, powołana przez Stanisława Augusta do spraw gospodarki wewnętrznej i ustawodawczej w zakresie organizacji miejskiej, w raportach swych nazywa szpital ten szpitalem miejskim pod wezwaniem Ś-go Ducha. Mieścił się on początkowo na rogu Podwala i dzisiejszej Nowomiejskiej na posesji oznaczonej numerami

501 i 168 (dziś podwale Nr. 29) tuż przy samej bramie Nowomiejskiej, oraz w późniejszym sąsiedztwie kościoła Paulinów. Tuż przy murach obronnych opasujących wówczas miasto — fortecę. W roku 1821 przeniesiony został pod Nr. 1884 przy ulicy Przyrynek (dziś Nr. 4), gdzie też dotąd istnieje pod zmienioną nazwą Instytutu Schronienia dla Starców.

Drugim dowodem dobroczynności Warszawian był szpital miejski P. Marji. Podczas gdy szpital S-go Ducha był instytucją wyrosłą na gruncie Starej Warszawy, jej też zawdzięczał swój byt i utrzymanie.

Szpital P. Marji należał do Nowej Warszawy. Założony prawdopodobnie w początku XV w. Mieścił się on przy kościele parafjalnym P. Marji na Nowem Mieście, był wówczas, jak i poprzednio opisany— raczej przytułkiem, gdzie kilkanaście niewiast schronienie znajdowało. Obydwa te szpitale zostały w XIX w. połączone w jedną instytucję.

Najdawniejszym szpitalem w dzisiejszem zrozumieniu był szpital S-go Ducha. Mieścił się on przy ulicy Piwnej w sąsiedztwie kościoła S-go Marcina OO. Augustjanów. Stąd nieraz zwą go szpitalem Panien Marcinkanek. Założony został przez Annę ks. Mazowiecką w początku XV w. W drugiej połowie XVII w. sprowadzone zostały przez Kapitułę Warszawską Panny Miłosierdzia, które całkowity zarząd nad tą instytucją sprawowały. W szpitalu tym znajdowało się według raportu komisji Policji z końca XVIII w. 90 chorych obojga płci; pozatem personel stanowiły: 8 Panien Miłosierdzia, 2 księży, 23 posługaczek i posługaczy, 8 studentek i studentów, 1 felczer i 1 felczerka. Pozatem 1 felczer królewski.

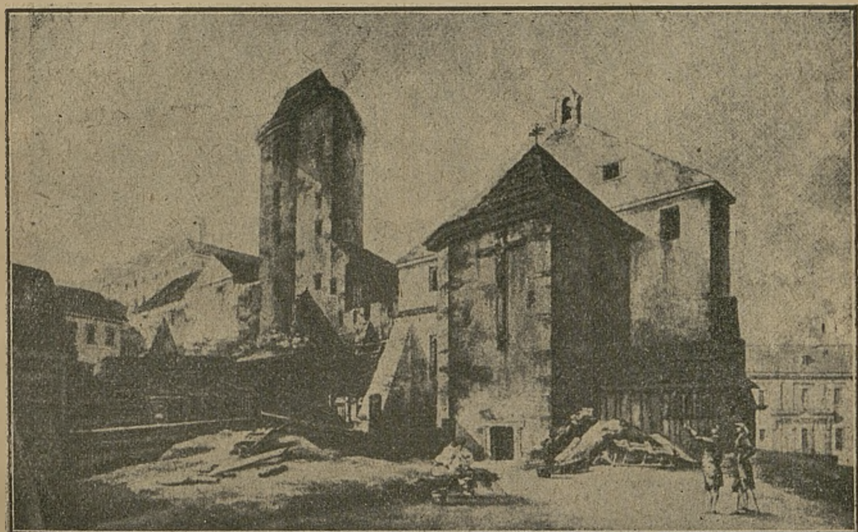
Intraty szpital ten miał rocznie 37776 zł. 3 gr.

Położenie szpitala, w niezbyt pod względem sanitarnym korzystnych warunkach, wpłynęło na przeniesienie go w r. 1825 r. na narożną posesję przy ul. Przyrynek i nieistniejącej już dziś Głębokiej (Nr. Nr. hip. 1896, 1897, 1936 i 1937) na krańce miasta do posiadłości niegdyś Potockich, zwanej pałacem Lucypera. W 27 lat później z powodu zajęcia posesji tej pod cytadelę, przeniesiono go czasowo do koszar Sierakowskich przy ul. Konwiktorskiej Nr. 2181 (domu Nr. 3).

W roku 1856 rozpoczęto budowę szpitala przy ul. Elektoralnej (Nr. Nr. 750 i 751), gdzie do dziś dnia przetrwał. Był to pierwszy i jedyny, przez długi okres szpital wybudowany na podstawie studjów zagranicą według najnowszych wymagań przeznaczony na 200 łóżek.

Przy ulicy Mostowej, pod liczbą 247 (dziś 7, 9) mieścił się od roku 1597 szpital S-go Łazarza. Szpital ten założony został za staraniem ks. Piotra Skargi w 1595 roku, z zebranych przez niego jałmużn. Mieścił się początkowo przy ul. Piwnej róg Dunaju. W XIX w. przeniesiono go na plac Trzech Krzyży do wynajętego domu pod Nr. 1588/9 (obecnie Nr. 13) a 1841 r. — na posesję stanowiącą niegdyś ogrody ks. podkomorzego Poniatowskiego — przy ul. Książęcej i Smolnej. Szpital ten przeznaczony był dla „gnojników, to jest w gnoju porzuconych chorych". Na posesji przy ul. Mostowej Nr. 7 i 9, gdzie przez dwa wieki niemal przetrwał — do dziś dnia zachowała się główna bryła budowli z wybudowaną kaplicą. W głębi widać smukłą basztę wieży marszałkowskiej, murów dawnej Warszawy, które biegły ulicą Mostową.

Jednym ze starych był również szpital S-go Jana Bożego. Wzmiankę o nim spotykamy w połowie XVII w. Początkowo mieścił się przy ul. Leszno, potem na terenie dzisiejszego ogrodu Saskiego. Za Augusta II zakonnicy Bonifratrzy odprzedali zabudowania te królowi celem rozszerzenia ogrodu — sami zaś przenieśli się na ul. Bonifraterską pod Nr. 2166/7 (Nr. pol. 12).



Dawny Szpital Ś-go Łazarza i widok Wieży Marszałkowskiej.

Szpital Ś-go Rocha założony w XVII w. przez bractwo Miłosierdzia, które opiekowało się chorymi na „zarazę morową” od 1710 r. mieści się na posesji dzisiejszej przy ul. Krakowskie Przedmieście Nr. 24.

Szpital Dzieciątka Jezus winien swój początek ks. Piotrowi Bodouin, misjonarzowi, który przybył do Warszawy w 1717 roku. Poświęciwszy się całkowicie dla cierpiącej ludności, której niebrak było w owych czasach w stolicy, szpitale zaś mogły pomieścić jedynie niewielką stosunkowo liczbę chorych — już w piętnaście lat po przyjeździe do Polski, nabywa kamienicę, pod Nr. 2/2783 przy ul. Krakowskie Przedmieście i tam urządza dla podrzutków i ubogich szpital. Z czasem gdy dom okazał się za szczupłym, przeniesiono szpital na nowe miejsce. Zajmował on wówczas cały bok placu Napoleona, począwszy od ul. Ś-to Krzyskiej aż do ul. Boduena. Ze względu na wielkie rozmiary tej nowej budowli zaczęto nazywać go „szpitalem generalnym”. Na dawnej fasadzie szpitala był napis: „Ojciec mój i Matka opuścili mnie, a Bóg przyjął mnie do siebie”.

Od 1901 roku przeniesiono tę instytucję do nowowybudowanego kompleksu gmachów przy ul. Nowogrodzkiej na tereny t. zw. folwarku Ś-to Krzyskiego, a zabudowania szpitala rozebrano.

Wspomnieć wreszcie należy o późniejszych szpitalach: Ewangelickim z 1736 r., Starozakonnych 1798 r. i Oftałmiczym z 1823 r.

Przetrwały one do dziś dnia. Nie spotykamy natomiast szpitali Ś-go Benona przy kościele Sakramentek, Ś-go Jana przy Kolegjacie i Ś-go Krzyża przy kościele pod temże wezwaniem księży Misjonarzy.



Portret Baudouin'a i ogólny widok Szpitala Dzieciątka Jezus przy ul. Wareckiej. Fot. Z. Marcinkowski.

Redakcja poczytuje sobie za miły obowiązek zaznaczyć na tem miejscu, że w 1928 roku ukazała się książka pod tytułem „Szpital Przemienienia Pańskiego — 1828 — 1868 — 1928". Opracowana przez wybitnego klinicystę warszawskiego doktora medycyny Kazimierza Zielińskiego wspólnie z doktorem medycyny Edwardem Wajsem.

W książce tej zamieszczone są bardzo ciekawe dane szczegółowe dotyczące historji szpitalnictwa wogóle.

Czytelnikom więc naszym, którzy interesują się wyżej wymienionemi sprawami, redakcja gorąco poleca wspomniane dzieło.

O zarazie morowej i jej zwalczaniu w dawnej Polsce

podał T. Sawicki

Stara Warszawa, jak zresztą i pozostałe miasta Europy ulegała częstokroć klęskom chorób i zaraz. Sprzyjał ku temu zwłaszcza ówczesny stan zdrowotny stolicy, gdzie przestrzeganie porządku i czystości wiele pozostawiało do życzenia.

Największą i najstraszniejszą plagą, była zaraza morowa, morowe powietrze, mór. W ciągu 150 lat począwszy od połowy XVI w. choroba ta dotknęła Warszawę dwadzieścia kilka razy. Walczono z nią energicznie, jednak w zrozumieniu dzisiejszem — naiwnie. Uchwały magistratu (z końca XVII w.) wspominają, iż dla wstrzymania i przerwania morowego powietrza używano pewnego rodzaju otoczenia miasta kobylicami oraz zakopywania gościńców. Środek ten jednak nie okazał się zaradczym, trudno było bowiem przestrzegać dokładności jego wykonania.

Gdy w 1770 roku morowe powietrze ukazało się na wschodniej rubieży Polski, król wyznaczył lekarza de Case i biegłego chirurga celem zbadania i omówienia sposobów walki z epidemją. Ci odbyli naradę z najsławniejszymi medykami stolicy, wyjechali w okolice dotknięte zarazą, lecz ustalić rodzaju plagi nie byli w stanie. Uważano ją za rodzaj choroby łożnej i w tym celu uchwalono podać do wiadomości publicznej środki zaradcze na oddalenie tej choroby.

Rozciągnięto kordon na granicy z Rosją, ustanowiono kwarantannę, opublikowano sposób preparowania octu, jako antidotum. Aleksander Wejnert w swoich „Starożytnościach Warszawskich" opisuje, że był to ocet Czterech Złodziei, sporządzony według następującej recepty:

„Wziąść pączków świeżych piołunu. wielkiego, piołunu małego, rozmarynu, szałwii, miękiewu, rzety, każdego po łutów 3; kwiatu lawendowego łutów 4, czosnku pół łuta, dzięglu 2 łuty, tatarskiego ziela korzeń, cynamonu, goździków, muszkatołowych gałek, każdego po pół łuta, octu winnego najtęższego garniec. To wszystko pokrajać, potłuc i w szklanny gąsior z tym octem pomieszać, dobrze zawiązać pęcherzem i niech przez 12 dni na słońcu stoi, a gdyby słońca nie było, to w piasek lub w popiół gorący wstawić; potem mocno przecedzić i wycisnąć, dopiero kamfory łut jeden w wódce rozpuścić i do tego wyżej wymienionego octu dolać. Tym się umywać, naczczo po łyżeczce codzień zażyć. Nos i gębę tym nacierać i zawsze nosić w balsamce przy sobie, dla częstszej wąchania sposobności".

Gdy jednak te zbawienne środki medyczne, ani kordon wojskowy i kwarantanny nie powstrzymały rozszerzanie się morowego powietrza, marszałek W. K. Stanisław Lubomirski podał królowi projekt: opasania miasta i przedmieść fosami i wałami, pozostawiając kilka wjazdów przy ważniejszych traktach, oraz zaprowadzenia straży (z cyrulikiem, względnie doktorem) celem należytego nadzoru.

Lekarz A. E. Wolf zebrał i ułożył wszelkie środki lekarskie zabezpieczające od zarazy. Wydane zostały w tym czasie trzy dziełka.

1) Wiadomość pożyteczna dla ludu przeciwko morowemu powietrzu, w Gdańsku po niemiecku wydana w 1770 r. a z rozkazu marszałka Lubomirskiego na polski język wyłożona i do druku podana w Warszawie r. 1771.

2) Nauka przeciwko morowej zarazie dla pospólstwa z niemieckiego przetłomaczona, wydana w Warszawie r. 1771, nakładem Groela, księgarza królewskiego.

3) Abrahama Emmanuela Wolfa wojsk Rzeczypospolitej Polskiej Generalnego Sztab — medyka: Traktacik o powietrzu morowym dla ludu polskiego, kosztem autora drukowana w Lesznie.

Walczono z plagą tą z iście nadludzkim wysiłkiem, a uważając ją jako karę za grzechy, na przebłaganie majestatu Boskiego obierano w każdym z kościołów za patronów i protektorów miasta Świętych Pańskich.

Po miastach zamykano szynki i łaźnie publiczne, zamtuzy (t. zw. domy nierządu), oraz karczmy wiejskie. Pijano ziółka zamiast napojów gorących. Pospólstwo używało wywarzony senes z kwiatem burakowym i kminem, warzono pozatem bzowe i kruszynowe skórki, wywar ten po przecedzeniu używano za napój.

Najwięcej jednak światła pod względem medycznym rzucają dwa dzieła opisujące stan całego kraju nawiedzonego zarazą. Podają one szczegółowy opis samej choroby oraz środki zaradcze, recepty i lekarstwa. Autorem jednego z nich jest Piotr Umiastowski z Klimont, doktór medycyny i filozofji, który ogłosił pracę swą w 1591 r. po polsku. Drugie dzieło medyczne pochodzi z 1620 r. Zawdzięczamy je Sebastyanowi Sleskowskiemu. W 1850 roku drukuje Kraszewski w Atheneum notatki lekarza, jakie ten był uczynił w początkach XVII w. we Lwowie w czasie morowej zarazy. Stwierdza on, że zarazę tę cechowały następujące symptomata: słoność w gardle, pot zimny, uczucie gorąca wewnątrz, senność, ciężkość ciała, ból głowy, drżenie pod kolanami, zapalenie ciągłe, czerwoność oczu, wymioty nieustanne i gorzkie, oddech ciężki i kaszel, pragnienie wielkie, ogłupienie, język czarny, wrzody i gorącz w ustach.

Ze środków medycznych, jakie stosowano w ciężkich okresach klęski, nie wiele zostało zanotowane do naszych czasów. Te które pozostały zawdzięczamy Łukaszowi Drewno, powietrznemu burmistrzowi miasta starej Warszawy w 1624 i 25 roku, a zarazem jej wójtowi. Zanotowane one zostały w woluminie przez niego spisanym a noszącym tytuł następujący: „Regestr zmarłych anni praeteriti czasu burmistrzostwa mego w powietrze i distributi jałmużny oth J. K. M. i innych osób danej dn. 29 octobris 1624”. Pierwsza z recept nosi w wspomnianym rękopisie tytuł:

Descriptio preservativae R. M. czo mi w Zamku dawano z apteki jako liaszkowy orzech na rasz z domu wichodząc uziwacz.

Rp.
Caricarum pingujum libras quinque
Nucum juglandium excorticatarum libras tres et semis
Baccarum juniperi recentium libras tres
Foliorum rutae uncias sex
Baccarum lauri excorticatarum uncias 12.
Radicis aristolochiae rotundae uncias $5^1/_2$
„ helenii uncias 3.
„ pimpinellae uncias 4
„ valerianae „ 2

Radicis angelicae unciam 1
Myrrhae drachmas 2
Melis despumati libras 15
Aceti rosarum rubrarum libram 1
Fiat electuarium secundum artem.
Drugim powszechnie zalecanem lekarstwem były proszki:
Pulvis sudorificus contra pestem.



Łukasz Drewno. Burmistrz powietrzny m. Starej Warszawy w roku 1624 oddaje miasto pod opiekę N. M. P. i Ś-go Benona.

Rp.
Radicis angelicae, gentianae,
tormentillae, zedoariae,
diptami, aristolochiae utriusque.
enullae, campanae aa drach. 2.
Pulveris corticis citri.

Pulveris cinamoni aa. scrupulum 1.
Croci scrupulum semis.
Florum boraginis unciam unam et semis.
Fiat pulvis subtilissimus pro una vice scrupuli duo.
Proszek ten zażywano w piwie albo winie.

Łukasz Drewno, burmistrz powietrzny, aptekarz z powołania, sam rozdał proszku tego około 1000 trąbek, jak wówczas się wyrażano.

Był on prawdziwym bohaterem, który z narażeniem własnego życia służbę ofiarną obywatelską pełnił. Jako wspomnienie pozostały po nim ciekawe wolumina, o których wzmiankowano wyżej.

Na uwagę zasługuje reprodukcja umieszczona na początku jednego z woluminów, którą tu zamieszczamy. Przedstawia ona miejsce na którem grzebano ciała umarłych na zarazę w stolicy. Ustalone ono definitywnie nie jest. Są pewne dane, że katolików chowano na terenach dzisiejszego Żoliborza, dyssydentów na miejscu dzisiejszego szpitala ewangielickiego.

Właśnie „kopacze" niosą zmarłego nakrytego całunem. W oddali żołnierz sprawujący wartę przy kordonie kwarantanny. Na pierwszym planie burmistrz Drewno klęcząc oddaje miasto Warszawę pod opiekę Matki Boskiej i Ś-go Benona, który to święty był obrany pośrednikiem przed Bogiem w kościele na Nowem Mieście. Stolicę tu widzimy jako mały forteczny gród otoczony murami obronnemi z bramami i basztami. Widok to fantastyczny, niemniej jednak niezmiernie ciekawy dla historji Starej Warszawy. Autorem tej ryciny był sam Łukasz Drewno.

Wspomnieć wreszcie wypada o drugiej pamiątce związanej z osobą szlachetnego obywatela. W nawie lewej katedry Ś-go Jana znajduje się wzniesiony w pocz. XVII wieku pomnik Stanisława Drewno, ojca burmistrza. Pomnik ten wznieśli, jak głosi napis na tablicy, „in memoria aeterna... Lucasc scabinus et Michael Drewnowic filii".

W sprawie rozpoznawania sklerozy wstępującej części aorty

Dr. med. Czesław Otto
Ordynator oddziału chorób wewnętrznych w Szpitalu Ś-go Ducha w Warszawie.

Dokończenie.

Z 388 chorych u 232, a więc w 60% obserwowanych przypadków zanotowano skargi na najróżnorodniejsze sensacje i bóle w okolicy serca, z czego na typową stenokardję przypada 23 chorych, a więc więcej niż 10% obeserwowanych przypadków. Z tych 33 chorych zmarło 20; los 13 nie jest mi znany. U niektórych z 20 zmarłych udało mi się wykonać badanie pośmiertne, które wykazało we wszystkich badanych przypadkach rozlaną miażdżycę wstępującej części i łuku aorty. W załączonej tablicy zestawiono szerokość aorty na miejscu przyczepu zastawek półksiężycowych i następnie na wysokości 1, 2, 3, 4 i 5 cm. ponad zastawkami.

lata	Wymiar aorty w mm. na wysok. zastaw. półksiężycowych	1 cm.	2 cm.	3 cm.	4 cm.	5 cm. ponad zastawkami	
54 męż.	84	88	92	97	102	102	
58 „	84	90	95	101	100	101	Nr. 1
56 „	83	86	91	98	105	106	

W tych trzech przypadkach miażdżyca wstępującej części aorty była wyrażona mikroskopowo wybitnie i nosiła cechy miażdżycy rozlanej.

Dla lepszej orjentacji i porównań pozwolę sobie tutaj przytoczyć kilka moich przypadków wymiaru tętnicy wstępującej bez widocznych zmian arterjosklerotycznych i kilka przypadków ograniczających się umiarkowanie wyrażoną formą guzowatej sklerozy.

lata	Wymiar aorty w mm. na wysok. zastaw. półksiężycowych	1 cm.	2 cm.	3 cm.	4 cm.	Aorta bez widocznych zmian sklerotycznych. Za życia szmeru skurczowego nie zanotowano po założeniu rąk na głowę.
46 męż.	74	75	75	77	77	
44 kob.	69	69	71	72	71	
50 męż.	73	73	75	74	75	Nr. 2
62 kob.	86	89	90	91	91	

Przypadki umiarkowanej guzowatej sklerozy aorty występującej.

lata	Wymiar aorty w mm. na wysok. zastaw. półksiężycowych	1 cm.	2 cm.	3 cm.	4 cm.	5 cm.	Aorta z guzowatą formą sklerozy; za życia nie notowano szmeru skurczowego na aorcie lub też tylko słaby podmuch.
1) 40 męż.	80	80	86	88	95	96	
2) 47 „	84	84	96	96	100	105	
3) 56 „	83	84	95	98	102	103	
4) 53 „	81	82	83	87	90	91	
5) 61 „	80	88	92	100	101	101	Nr. 3
6) 65 kob.	79	82	85	87	89	90	

W sześciu ostatnich przypadkach guzowatej sklerozy, dość umiarkowanie wyrażonej, nie udało się ani razu za życia stwierdzić wyraźnego szmeru długotrwającego po założeniu rąk na głowę.

W przypadkach 2, 3 i 5 zaobserwowano przelotny szmer bardzo delikatny i znikający prędko.

Jeżeli porównamy teraz wymiary wstępującej części aorty 1) bez widocznych zmian sklerotycznych, 2) aorty z widocznemi zmianami przeważnie guzowatej formy i 3) aorty z wyraźnie wyrażoną rozlaną sklerozą, to zauważymy, że aorta z wyraźnie wyrażoną rozlaną sklerozą jest najwięcej rozszerzoną, stopniowo mniej rozszerzona z guzowatą formą sklerozy, a aorta bez widocznych zmian sklerotycznych, pochodząca od osobników w różnym wieku, zdaje się, wykazuje tylko pewne wahania w granicach fizjologicznych. U tych ostatnich za życia nigdy szmeru skurczowego na aorcie po założeniu rak ną głowę

nie zanotowano; u chorych z guzowatą formą sklerozy, wyrażoną u jednych silniej (2, 3 i 5 obser. Nr. 3) u drugich słabiej (1, 4, i 6 obserw. Nr. 3) jużto nie zanotowywano żadnego szmeru, jużto wysłuchiwano przelotny szmer, bardzo delikatny i znikający prędko (2, 3 i 5 obserwacje). Natomiast w przypadkach, pomieszczonych w Nr. 1, wysłuchiwano szmer przez cały czas założenia rąk na głowę, przyczem charakter szmeru przypominał szorstkie drapanie. Szmer ten pozostawał stale o charakterze drapiącym we wszystkich przypadkach zakończonych śmiercią.

Od chwili zanotowania u pacjenta drapiącego szmeru do zejścia śmiertelnego, upłynęło podług moich obserwacyj najwyżej dwa lata. Nie chcę przez to zaznaczyć, że każdy chory ze szmerem drapiącym musi koniecznie umierać w ciągu dwu lat. Być może pomiędzy 13 chorymi na dusznicę bolesną, których los jest mi nieznany, byli tacy, co przeżyli więcej niż dwa lata. W każdym razie z moich obserwacyj wynika, że szmer drapiący jest signum mali ominis. Zdaje się, że tego samego zdania jest i Kukowierow, chociaż w swoich obserwacjach wyraźnie nie podkreśla doniosłości faktu stałego trwania szmeru drapiącego. Zwraca natomiast uwagę Kukowierow na fakt, że w jego obserwacjach, po przeprowadzeniu odpowiedniej kuracji szmer dmuchający wybitnie malał, a nawet znikał na czas jakiś, szmer zaś drapiący tracił rzekomo na swej ostrości. W obserwacjach moich mogłem tylko stwierdzić nawet znikanie dmuchającego szmeru po przeprowadzeniu odpowiedniej kuracji; natomiast szmer drapiący pozostał bez zmiany. Obserwowałem także u kilku chorych stopniowe narastanie

szmeru od zaledwie dostrzegalnego chuchającego do dmuchającego, a następnje szorstkiego drapiącego. *Dwie z tych obserwacyj zakończyły się nagłą śmiercią.

A teraz rodzi się pytanie: jak sobie wytłumaczyć powstawanie szmeru skurczowego na aorcie po założeniu rąk na głowę?

Już przy pierwszych ruchach rąk ku górze, zauważyć się daje, że klatka piersiowa unosi się także na kilka centymetrów ku górze. Z klatką piersiową musi podążać ku górze i aorta, która zapomocą więzadła mostkowo-osierdziowego (ligam. Sternopericardiacum), na całej długości wstępującej swej części jest przytwierdzona do górnej części mostka. Z drugiej strony należy pamiętać, że więzadła mieczykowo-mostkowo-osierdziowe (od dolnego brzegu mostka i wyrostka mieczykowatego do osierdzia ligam. xypho-pericardiacum) przeponowo-osierdziowe (od przepony do osierdzia ligam. phreno-pericardiacum) i więzadło od kolumny pacierzowej do osierdzia (ligam. vertębro-pericardiacum) są w danym razie antagonistami więzadła mostkowo-osierdziowego i nie pozwalają sercu zbyt wysoko być uniesionym w górę. Wskutek odciągania aorty ku górze, zmieniają się fizjologiczne warunki w rozlokowaniu wstępującej części aorty i jej łuku, co łatwo zauważyć się daje, prześwietlając chorego w skośnej pozycji.

Otóż przy opuszczeniu rąk do tułowia przestrzeń pomiędzy kręgosłupem i aortą jest wyraźnie zaznaczoną i w moich obserwacjach wahała się od 2.1 ctm. do 2.5 ct; po założeniu rąk na głowę przestrzeń ta zmniejszała się do $1/2$ ctm, a niekiedy tętnica wprost przylegała do kręgosłupa. Jeżeli teraz uprzytomnimy sobie, że w przypadkach sekcyjnych, gdzie za życia zanotowano szmer skurczowy po założeniu rąk na głowę, mieliśmy do czynienia z rozlaną formą sklery wstępującej części aorty i przypomnimy sobie te kolosalne anatomiczne zmiany, jakie zachodzą w budowie błony środkowej aorty w sklerozie, to bezpośrednio nasuwa się wniosek, że obecność szmeru należy wiązać z intensywnością sklerotycznych zmian wstępującej części aorty.

Do tego należy jeszcze podkreślić, że większość klinicystów jak Kiwisch, Schrötter, Bittorf, Romberg, Geigel, Potain, Dunin, E. Zieliński, Botkin, Stolnikow, Zacharin i wielu innych, jest zdania, że pierwszy ton na aorcie powstaje głównie wskutek drgań ściany aorty, a nie tyle na skutek przeniesienia akustycznych danych od wierzchołka serca, choć i one zawsze są brane w rachubę przy ocenianiu tonu skurczowego aorty. U osób starszych, gdzie klinicznie nie stwierdzamy sklerozy aorty, obserwujemy zawsze dwa jasno wyrażone tony. Nawet Schmaus w swym podręczniku na stronicy 438 zauważa, że u starszych ludzi początkowa część aorty jest bez zmian sklerotycznych — inaczej nie osiągneliby oni tego wieku. Jeżeli teraz w przypadkach ze sklerozą aorty, stwierdzoną klinicznie, obserwujemy zmiany w przejawach pierwszego tonu, wskutek nieprawidłowych drgań zmienionych ścian aorty pierwszy ton zmienia swój charakter, to zrozumiałym się staje powstawanie szmeru skurczowego po założeniu rąk na głowę, gdy zmieniona anatomicznie aorta znajdzie się w pozycji anormalnej. Aorta normalna wyprowadzona z fizjologicznej pozycji po założeniu rąk na głowę nie traci normalnego napięcia i drgania jej ścian odbywają się aczkolwiek być może w mniej korzystnych warunkach, jednak muszą być prawidłowe, bo do zjawiania się szmeru nigdy nie dopro-

wadzają. Jeżeli teraz w ścianach aorty zaczną się zmiany wsteczne, to drgania ścian muszą przejawiać atypowy charakter, który dla ucha naszego, przy równoczesnym przyjmowaniu akustycznych danych od wierzchołka serca, będzie się przejawiał jako głuchy ton stopniowo przechodzący w lekki podmuch, ten zaś ostatni, w miarę narastania procesu sklerotycznego, przejdzie w szmer.

Ostatecznie na podstawie długoletnich obserwacyj nad zjawianiem się szmeru skurczowego na aorcie, po założeniu rąk na głowę przychodzę do następujących wniosków:

1) zjawienie się szmeru jest dowodem zmian wstecznych w aorcie

2) nie każdej sklerozie aorty towarzyszy szmer skurczowy po założeniu rąk na głowę.

3) Natężenie szmeru przemawia za rozwojem stanu potologicznego w aorcie.

4) Osłabienie i unikanie szmeru po leczeniu przemawia za dobrą prognozą i wskazuje na poprawę zmian anatomicznych w ścianach aorty.

5) Szmer o charakterze drapiącym daje złą prognozę.

Literatura:

Kukowierow — Kuczeniu o rozpoznawanji naczalnawo skleroza aorty Ruskij Wracz 1910 r. str. 1944.

Bittorf — Deut. Arch. f. klin. Med. T. 81.

Huchard — Traité clinique d. maladies d. coeur et de l'aorte 1905.

Huchard — Les maladies d. coeur et leur traitement. 1910.

Sałtykow — Centralbl. f. allg. Pat u. patholog. Anatom. 1908 r.

Poisier et Charpy Traité d'Anatomie humaine 1904 r.

Schrötter — Erkrankungen d. Gefässe 1899 r.

Romberg — Krankheit. d. Herzens 1909 r.

Otto — Arterioskleroza u zwierząt i jej stosunek do arteriosklerozy u ludzi. Pamiętnik War. Tow. Lekar. 1910 r. Zmiany w sercu w ostrem i przewlekłem zatruciu alkoholem. Pamiętnik War. Tow. Lekar. 1911 r. Zmiany w sercu pod wpływem nikotyny. Medycyna kronika Lekarska 1912 rok.

O odmianie objawu Lasegua

Szpital Św. Ducha. Oddział d-ra Otto.

Dr. Feliks Turyn, asystent oddziału.*)

Objawy rozpoznawcze rwy kulszowej polegają w znacznej części na wywoływaniu bólu przez wyciąganie nerwu kulszowego. Należą tu objawy: Lasègue'a, Feuersteina, Bonnet'a, Sicard'a. Wyciąganie nerwu np. w objawie Lasègue'a wynosi dwa do czterech cm., jak to wykazały pomiary Bragard'a na zwłokach. Przy wykonywaniu tych objawów badany odczuwa ból przez to, że odcinek nerwu kulszowego

*) Odczyt wygłoszony w Towarzystwie neurologicznem Warszawskiem w 1929 r.

wyciąga się na bloku kostnomięśniowym rynienki kulszowokrętarzowej (Sicard). Identyczny ból można wywołać bez tak znacznego wyciągania nerwu kulszowego, mianowicie: leżącemu na wznak, z wyprostowanemi nogami, choremu odgina się paluch w kierunku grzbietowym. Badany, w razie dodatniego odczynu, wskazuje na bolesność okolicy rynienki kulszowokrętarzowej, jak przy wymienionych na wstępie sposobach badania.

Grzbietowe odginanie palucha po stronie chorej powoduje naciągnięcie gałązek nerwu podeszwowego średniego i częściowo bocznego, idącego od nerwu piszczelowego; ten zaś, jak wiadomo, stanowi przedłużenie nerwu kulszowego.

Ponieważ każdy nerw na obwodzie ma swój odpowiednik w głównym pniu, z którego wychodzi, a więc pociąganie gałązek nerwu podeszwowego odbija się w górze kończyny nieznacznem przesunięciem tych włókien nerwu kulszowego, które poniżej stanowią nerw podeszwowy. Dlatego należy przypuszczać, że grzbietowe odginanie palucha wywoła ból wówczas, gdy zajęte zostaną sprawą chorobową te włókna nerwu kulszowego, które dążą do mięśni zginaczy palucha.

Jeżeli mamy do czynienia z istotnym przypadkiem rwy kulszowej, odgięcie palucha wypadnie dodatnio, w razie zaś zmian mięśniowych jak urazy, zapalenia, stwardnienia, które klinicznie imitują rwę kulszową — bólu przy odgięciu palucha nie będziemy obserwowali. Tak np. w zapaleniu mięśni zasłaniacza, gruszkowatego, pośladkowego większego — zwiększona wrażliwość włókien nerwowych tych mięśni i wtórnie uczulone gałązki mięśniowe nerwu kulszowego zareagują i dadzą objawy Lasègue'a, Feuersteina i t. p. Natomiast odginanie palucha nie wywoła w tych przypadkach bólu, gdyż biegnące w okolicy rynienki kulszowokrętarzowej włókna nerwu kulszowego, czyli sam nerw, jest zdrowy.

Zauważony przezemnie ból w okolicy rynienki kulszowokrętarzowej przez grzbietowe odchylanie palucha ustępuje podczas przebiegu chorobowego wcześniej, niż objawy wspomiane na wstępie. To ustępowanie bólu, wobec utrzymującego się jeszcze dodatniego Lasègue'a uważam za poprawę stanu chorobowego. Wartość omawianego objawu polega dalej na tem, że jest mniej przykry, acz wyraźny dla chorego, przytem odginanie palucha jest zabiegiem zupełnie prostym i łatwym do wykonania.

Co się tyczy częstości występowania omawianego objawu, to od chwili jego zauważenia obserwowałem siedm przypadków rwy kulszowej na oddziale P. D-ra Otto. Z tych siedmiu pacjentów było dwóch z przewlekłą rwą, jeden miał niską postać ischias, pozostali czterej byli to pacjenci w okresie chorobowym ostrym. U czterech ostatnich objaw mój występował wyraźnie. Dalsze obserwacje w toku.

Tutaj należy jeszcze zwrócić uwagę na włókna nerwu strzałkowego, które zaopatrują mięśnie prostujące paluch i są również częścią nerwu kulszowego. Przy zginaniu palucha włókna nerwu strzałkowego, które, jak nerw piszczelowy, stanowią dalszy ciąg nerwu kulszowego i mają swój odpowiednik w głównym pniu, muszą ulec temu samemu mechanizmowi, co nerw piszczelowy przy odginaniu palucha, a w razie zachorowania tych włókien, t. j. nerwu strzałko-

wego, może wywołać ból w okolicy rynienki kulszowokrętarzowej. Obserwacje w tym kierunku są prowadzone.

Zabierając głos, miałem na celu podanie do wiadomości Państwa, że taki sam ból, jaki otrzymujemy przy wykonywaniu objawów Lasègue'a, Feuersteina, Bonnet'a, Sicard'a, polegających na wyciąganiu nerwu kulszowego, wystąpić może przez grzbietowe odgięcie lub zgięcie palucha po stronie chorej w przypadku rwy kulszowej.

Stosowanie wyciągu ze śledziony w gruźlicy płucnej.

podał Dr. Med. E. Wajs *)

Najwięcej szczegółowemi są badania Bayle'a, który w przeciągu długiego czasu (od 1903 do 1925 r.) stosował wyciągi ze śledziony w gruźlicy płucnej i kostnej. Bayle opiera stosowanie wyciągu ze śledziony na podstawie: fizjologicznej, doświadczalnej i klinicznej.

Porównywując badania krwi chorych na gruźlicę czynną i osobników z postaciami zagojonemi, Bayle stwierdza u pierwszych: zmniejszenie liczby erytrocytów do 3.800.000 i więcej, zmniejszenie wskaźnika hemoglobiny, zmniejszenie liczby białych ciałek krwi, przesunięcie się obrazu białych ciałek krwi w stronę wielojądrowych i wreszcie zwiększoną fosfaturję, w plwocinie obserwujemy zwiększenie się liczby laseczników w zależności od formy gruźlicy. W postaciach zagojonych konstatujemy, że ilość hemoglobiny jest bliską do normy. Liczba leukocytów jest zwiększona i formuła leukocytowa wykazuje zwiększenie limfocytów i eozynofilów (Besançon). Stosowanie wyciągów śledziony wytwarza zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i zwiększa jednocześnie wskaźnik hemoglobiny (potwierdzone badaniami Monier'a, Ragain'a, Danilewskiego, Zielińskiego). Badania Goldscheider'a i Jacob'a (1893) wskazują na zwiększenie leukocytów, jednocześnie badacze ci zaznaczają, że zwiększenie liczby leukocytów nie jest wywołane przez substancje białkowe. Simon, Spillman, Monier obserwowali zwiększenie się liczby białych ciałek od 8400 do 13000 u królika. Zwiększenie to idzie w kierunku zwiększenia limfocytów i eozynofilów, co Besançon i De Jong uważają za objaw zdrowienia. Harrower skonstatował zwiększenie się zawartości jonów wapnia we krwi pod wpływem wyciągu śledziony. Bayle, Ragain zmniejszenie się fosfaturji.

Bayle, Ragain obserwowali dodatni wpływ wyciągu śledzionowego na liczbę prątków gruźliczych i na ich własności postaciowe: pod wpływem wyciągu ze śledziony prątki zmniejszały się ilościowo, czasem nikły (40%) w pozostałych przypadkach pojawiała się ziarnistość.

Podstawę doświadczalną stanowią następujące dane Schrödera, Kaufmana, Kögela które stwierdzają hamujące działanie wyciągów śledzionowych na gruźlicę doświadczalną.

*) Redakcja „Therapia Nova", uważając zagadnienie lecznictwa gruźlicy za stale aktualne, uprosiła wybitnego klinicystę D-ra Med. E. Wajsa o umieszczenie streszczeń z Jego prac z tejże dziedziny.

Zmiany chorobowe występują ze znacznem opóźnieniem i nie mają charakteru tak złośliwego. Wyniszczenie zwierząt jest o wiele mniej szybkie niż kontrolnych: wskaźnik hemoglobiny, liczba erytrocytów i leukocytów u zwierząt, którym stosowano wyciąg śledziony— są o wiele wyższe niż u kontrolnych.

Podstawy kliniczne. U chorych, podlegających leczeniu wyciągiem ze śledziony, stwierdza się: przyrost wagi, zwiększenie liczby czerwonych ciałek krwi i zwiększenie wskaźnika hemoglobiny. Czasami nawet powyżej normy: zmiany ku lepszemu są bynajmniej nie przemijające, lecz stałe.

Zmiany patologiczne w płucach ulegają również regresji na lepsze. Objawy fizykalne łagodnieją, co potwierdza badanie radjologiczne.

Według Bayle'a podawanie ustrojowi wyciągów ze śledziony powoduje zwiększenie się zawartości hemoglobiny, wzrasta liczba czerwonych i białych ciałek. zmniejsza się wydalanie fosforanów, zwiększa się ilość Ca we krwi. Zwiększa się również odsetek leukocytów kwasochłonnych oraz limfocytów. U osobników gruźliczych prątki w plwocinie początkowo stają się ziarniste w końcu giną zupełnie.

Z polskich autorów wyciągi ze śledziony stosował w lecznictwie gruźlicy płucnej E. Wajs (2), który doszedł do wyników nieco niezgodnych z Bayle'em.

Dotyczy to w pierszym rzędzie wyników badania krwi. Bayle i inni stwierdzają, pod wpływem działania wyciągu ze śledziony przesunięcie się obrazu morfologicznego krwi w stronę małych limfocytów, co uważają za wybitną oznakę zdrowienia, Wajs zwracał na ten fakt szczególną uwagę i zauważył go w kilku przypadkach, lecz nie zawsze stwierdzone przesunięcie się obrazu Arneth'a w lewo było identyczne z poprawą stanu ogólnego. Np. w jednym przypadku Wajs otrzymał zniknięcie prątków, przybytek wagi 8 klgr., spadek ciepłoty prawie do normy, pomimo braku zmian morfologicznych we krwi (oczywiście z wyjątkiem zwiększenia się hemoglobiny).

Drugim momentem na który należy zwrócić uwagę przy stosowaniu terapji śledzionowej, według E. Wajsa są częste krwioplucia nawet u chorych zupełnie niesklonnych do krwotoków płucnych. Podczas kilkomiesięcznej obserwacji Wajs zauważył ten objaw kilkakrotnie bezpośrednio w kilka godzin po zastrzyknięciu: krwawienia są niewielkie, w każdym razie, według niego należy pamiętać o ich możliwości. Wajs uważa krwioplucie, jako odczynowe przekrwienie ogniska gruźliczego.

Technika. Bayle zaleca w ciągu 22 dni zastrzyknąć choremu wyciąg ze śledziony w ogólnej ilości (110-220 ccm.) z zachowaniem dwudniowych przerw, t. j. dwa dni pod rząd po 5-10 ccm. wyciągu ze śledziony domięśniowo, 2 dni odpoczynku i t. d. i t. d.

Autor stosował tą samą metodę.

Piśmiennictwo:

1) Bayle. La presse medicale 76. 1925 p. 1266. i nast.

2) E. Wajs. Nowiny Lekarskie 21. 1927.

O racjonalizacji wywczasów letnich dla dzieci i młodzieży.

podał Dr. med. M. Peker

(Dokończenie).

Otóż, trzecim postulatem dla krótkotrwałej kolonji jest unikać **wszystkiego, co może dziecko fizycznie lub umysłowo zmęczyć.**

Nareszcie — sprawa odżywiania. I tu dziecko na krótkotrwałej kolonji powinno otrzymać conajmniej tyle, ile mógłby mu dać kilkumiesięczny pobyt na wsi. Jak to uczynić? zapyta się niejeden zdumiony czytelnik. Wszak niepodobna dawać dziecku podwójnej lub nawet potrójnej porcji jedzenia. Nie, bynajmniej. Należy i tu zastosować tę samą zasadę, co i powyżej, a mianowicie, trzeba do normalnego odżywiania, jakie dziecko na kolonji otrzymuje, dodawać odpowiednie dożywki, zawierające w dużej ilości witaminy, żelazo, fosfor, wapno i t. p.; jednem słowem wszystko to, w czem dziecko najwięcej odczuwa brak.

Jest bezwzględnie błędnem, a nieraz nawet i karygodnem napychać dziecko dużemi ilościami jedzenia, najczęściej kartoflami, chlebem, kluskami, jako bardziej taniem, byle tylko osiągnąć za wszelką cenę dobry efekt w postaci przyrostu wagi, zresztą dość krótkotrwały. Takie przeładowywanie żołądka u dzieci, nieprzyzwyczajonych do tak obfitego jedzenia, nie zawsze korzystnie wpływa na ich zdrowie.

A dobro dziecka, faktyczna poprawa jego zdrowia, powinno wszak u kierowników naszych kolonji stać wyżej, aniżeli bardzo wątpliwy efekt i chęć spodobania się rodzicom lub władzom.

Dobrze i wzorowo prowadzona kolonja powinna wobec tego dążyć do **racjonalnego odżywiania dziecka,** t. j. **nie do sztucznego podniesienia jego wagi przez nadmierne odkładanie się warstw tłuszczu, lecz do stopniowego zwiększania zasobu energji życiowej u dziecka, do podniesienia jego siły fizycznej i do poprawienia jego zdrowia,** chociażby dziecko przytem i nie wykazywało tendencji do przyrostu wagi.

Oczywiście, wyjątek pod tym względem stanowi dziecko bardzo wychudzone, dziecko wątłe; u takiego dziecka należy dążyć, aby przybrało na wadze, ale nie przez podawanie znacznej ilości potraw mącznych, lecz przez powiększone podawanie mu tłuszczów.

A więc, czwartym postulatem dla krótkotrwałej kolonji dla dzieci będzie: **oprócz normalnego pożywienia dzieci na krótkotrwałej kolonji powinny otrzymywać w postaci dożywek różne preparaty, zależnie od niedomagania lub stwierdzonego braku u dziecka.** Bo tylko w ten sposób można liczyć, że się uda i w stosunkowo krótkim czasie pobytu dziecka na wsi wszelkie stwierdzone u niego braki i niedomagania w większym lub w mniejszym stopniu usunąć.

Cenną zasługą Centralnej Organizacji Opieki nad Dziećmi Żyd. jest, że w swej pracy w dziedzinie urządzenia kolonji letnich dla dzieci i młodzieży nie poszła starym, utartym szlakiem, a szuka nowych dróg, starając się jednocześnie istniejące udoskonalić i poprawić. Otóż organizacja ta od paru lat dąży do tego, aby na

swoich kolonjach powyższe postulaty w miarę możności zrealizować i jak dotychczas z zupełnie zadawalniającemi wynikami.

Na tegorocznej (1928) kolonji dla dzieci w Dębach Wielkich dzieci otrzymywały, oprócz zdrowego i dość obfitego pożywienia, jeszcze następujące dożywki: Ovomaltinę, Biomalz, Kakao owsiane Wedla, Hematogen Hommela, Tricalcinę, fosfor z żelazem w postaci „Phosphit-Ferrat" Spiessa i Larosan Roche'a.

Podział powyższych preparatów pomiędzy dziećmi uzależniony był od stwierdzonych przez lekarza niedomagań u dziecka.

Nie mam niestety możności podać tu wyników działania poszczególnych preparatów, uczynię to jedynie dla preparatu Phosphit-Ferrat a to z dwóch względów: po 1-sze, dzieci, które otrzymywały ten preperat (oraz pewna ilość dzieci kontrolnych) podlegały morfologicznemu badaniu krwi przed i po pobycie na kolonji, a więc posiadamy dokładnie przeprowadzone analizy, które pozwalają nam stwierdzić wyniki działania tego preparatu, a po 2-gie — niedokrewność jest jednym z najbardziej rozpowszechnionych niedomagań u dzieci w wieku szkolnym, a głównie u pochodzących ze sfer uboższej ludności większych miast.

Bez przesady można powiedzieć, że 2/3 dzieci, wysyłanych na kolonję, są dzieci anemiczne. Bardzo wiele dolegliwości u nich udałoby się uniknąć, gdyby nie ta niedokrewność, wytwarzająca podatny grunt dla różnych innych schorzeń.

Otóż, stwierdzając wyniki oddziaływania na dzieciach Phosphit-Ferratu Spiessa, tem samem potwierdzamy nasze teoretyczne przesłanki, wypowiedziane wyżej, co do racjonalnego odżywiania dzieci na krótkotrwałych kolonjach wypoczynkowych za pomocą dożywek.

Niestety, nie mogę tu podać wszystkich zalet tego preparatu, gdyż dlatego, aby móc wypowiedzieć absolutnie pewne zdanie o oddziaływaniu jakiegokolwiek preparatu na ustrój, należałoby przeprowadzić ścisłe i precyzyjne badania dziecka, uwzględniając najmniejsze nawet odchylenia i wpływy uboczne, a tego na kolonji przeprowadzić było niepodobna i wobec tego wnioski swoje opieram jedynie na wynikach badania krwi.

W preparacie Phosphit-Ferrat Spiessa złączone zostały dwa potężne czynniki — fosfor i żelazo, które tak wybitną rolę odgrywają na pobudzeniu i podtrzymywaniu normalnej przemiany materji w wycieńczonym i osłabionym organizmie dziecięcym.

Bo o ile chodzi o fosfor, to już dawniejsze badania kliniczne **Cronheima i Müllera** dowiodły, że przez dodawanie niemowlętom preparatu, zawierającego fosfor organiczny, dość szybko się zwiększało odkładanie białka w ustroju.

Gilbert na podstawie swoich badań przychodzi do wniosku, iż fosfor wpływa dodatnio na wzmożenie łaknienia i polepszenie ogólnego samopoczucia.

Spostrzeżenia zaś **Embdena, von Noordena, Grefa, Herxheimera** i wielu innych nad działaniem przetworów, zawierających fosfor, na dynamikę mięśni, potwierdzają bardzo dodatni wpływ fosforu na rozwój i pracę mięśni.

Raczkowski podaje wyniki spostrzeżeń **Loewenheima** i **Szokalskiego** nad skutecznym działaniem preparatów fosforowych przy niedokrwistości. Zwłaszcza, powiada **Raczkowski,** w niedokrewności. wywołanej nie tylko przez liche odżywianie, ale i przez wyczerpującą pracę umysłową oraz siedzący tryb życia, a więc w niedokrewności tak często spotykanej u uczącej się młodzieży, stwierdził **Szokalski,** po zastosowaniu fosforu organicznego, w szeregu przypadkach znaczną poprawę.

Heffner, przytaczając badania **Welscha, Pisarskiego, Gowersa, Taussinga** i innych, podaje, iż pod wpływem oddziaływania fosforu na ustrój, tak ludzki, jak i zwierzęcy, występuje znaczne powiększenie się liczby czerwonych ciałek krwi i ilości hemoglobiny.

Nie mniej korzystnie wpływa na organizm dziecka podawanie mu żelaza w różnych postaciach, gdyż według **Bungeego,** przyczyna niedokrewności u dzieci leży przedewszystkiem w braku żelaza w pożywieniu, jakie dzieci ubogiej ludności otrzymują; to powoduje według niego stopniowe wyczerpanie się zapasu żelaza, jaki ustrój dziecka posiada od urodzenia:

Pogląd ten ostatnio został też potwierdzony przez badania **Cloeta, Tartakowskiego, Brinchmana** i innych. Usunąć zaś tę niedokrewność jedynie za pomocą właściwego odżywiania nie należy do rzeczy łatwych.

To też **Lehndorf** przychodzi do wniosku, że, o ile chodzi o szybką poprawę krwi u dzieci, nie należy ograniczyć się jedynie tylko odżywianiem, a trzeba sięgnąć po pomoc odpowiednich leków, zawierających żelazo, gdyż tylko tą drogą, zdaniem **Hansa Opitza,** mamy możność osiągnięcia korzystnego wpływu na tworzenie się czerwonych ciałek krwi.

Szereg wybitnych pedjatrów, między niemi i **Finkielstein** ostatnio gorąco zalecają stosowanie żelaza u dzieci.

Otóż, to są niektóre z tych przesłanek teoretycznych, jakie skłoniły do możliwie szerszego stosowania na kolonji dla dzieci połączonego preparatu fosforu i żelaza — Phosphit-Ferrat Spiessa.

Preparat ten dzieci otrzymywały w postaci proszku, jako dodatek do normalnego odżywiania kolonijnego, od 2-ch do 3-ch razy dziennie miareczkę, która równa się 1 gramowi; proszek ten był dodawany do płynu (wody, herbaty, mleka i t. p.).

Preparat ten dzieci otrzymywały przez mniej więcej 25 dni dość regularnie.

Ogółem podlegało obserwacji 70 dzieci: z różnych powodów 7 opuściło kolonję przed terminem i nie mogły wobec tego mieć powtórnego badania krwi, u 5 zaś wyniki badań wykazują pewne niedokładności i nie mogą też być wzięte w rachubę. Pozostało więc 58 dzieci.

Podług sezonów przedstawia się to w następujący sposób:

	I badanie	II badanie	Wyłączono
Przeprowadzono badanie krwi w I sezonie	33	25	8
Przeprowadzono badanie krwi w II sezonie	37	33	4
Razem	70	58	12

Z pośród pozostałych 58 dzieci, u których przeprowadzone zostały obydwa badania krwi, było 47 chłopców i 11 dziewcząt, w wieku od 7 do 13 lat.

Preparaty, jak wyżej już było powiedziane, otrzymywały wszystkie dzieci bez wyjątku; tu zaś omówimy stosowanie preparatów tylko u powyższych 58 dzieci, u których wyniki dają się stwierdzić na podstawie przeprowadzonego badania krwi.

Otóż, te 58 dzieci podzielone zostały na 3 grupy:

Grupa I	składała się z 30 dzieci i otrzymywała	tylko Phosphit-Ferrat
„ II	„ „ „ 16 „ „ „	oprócz Ph.-F. inny preparat odżywcze, jak Ovomaltinę, Biomalz, Kakao owsiane Wedla i t. p.
„ III	„ „ „ 12 „ „ „	Tricalcinę lub inny preparat niezawierający żelaza.
Razem	58	

Stosowanie powyższych preparatów dało następujące wyniki:

A. Hemoglobina.

Grupa I

u 2	dzieci powiększyła się o	3%
„ 2	„ „ „ „	5%
„ 10	„ „ „ „	8%
„ 6	„ „ „ „	10%
„ 4	„ „ „ „	12%
„ 4	„ „ „ „	14%
„ 1	„ „ „ „	15%
„ 1	„ „ „ „	16%
30		

Grupa II

u 2	dzieci powiększyła się o	4%
„ 4	„ „ „ „	5%
„ 4	„ „ „ „	10%
„ 2	„ „ „ „	15%
„ 3	„ „ „ „	16%
„ 1	„ „ „ „	20%
16		

Grupa III

u 4	dzieci powiększyła się o	0
„ 2	„ „ „ „	1%
„ 2	„ „ „ „	2%
„ 1	„ „ „ „	4%
„ 1	„ „ „ „	8%
„ 2	„ „ „ „	10%
12		

B. Czerwone ciałka krwi

Grupa I-sza.

N.	Nazwisko i imię:	Płeć:	Wiek:	Ilość czerwonych ciałek przed kuracją:	po kuracji:	Wynik kuracji:
1.	Zaw. K.	chł.	12	4.480.000	4.730.000	+ 250.000
2.	Koh. E.	„	11	3.830.000	4.100.000	+ 270.000
3.	Woksz.	„	9	3.320.000	3.610.000	+ 290.000
4.	Kleb. A.	„	13	4.510.000	4.810.000	+ 300.000
5.	Lan. L.	„	9	3.840.000	4.150.000	+ 310.000
6.	Chaj. L.	„	8	4.240.000	4.580.000	+ 340.000
7.	Wend. R.	dz.	9	4.200.000	4.540.000	+ 340.000
8.	Fryd. A.	chł.	9	3.850.000	4.220.000	+ 370.000
9.	Białoł. D.	„	13	3.600.000	3.990.000	+ 390.000
10.	Biał. M.	„	13	3.890.000	4.280.000	+ 390.000
11.	Roth. T.	dz.	12	3.960.000	4.370.000	+ 410.000
12.	Fryd. I.	chł.	7	4.050.000	4.480.000	+ 430.000
13.	Pom. R.	„	11	4.010.000	4.440.000	+ 430.000
14.	Rot. H.	„	10	3.020.000	3.460.000	+ 440.000
15.	Gotl. H.	„	7	3.530.000	3.980.000	+ 450.000
16.	Got. Z.	„	12	4.090.000	4.580.000	+ 490.000
17.	Lich. S.	„	8	3.490.000	3.990.000	+ 500.000
18.	Orł. M.	„		3.550.000	4.060.000	+ 510.000
19.	Mark. J.	„	9	4.060.000	4.610.000	+ 550.000
20.	Alt. M.	„	9	4.120.000	4.680.000	+ 560.000
21.	Fryd. Sz.	„	11	3.130.000	3.700.000	+ 570.000
22.	Ajz. S.	dz.	9	3.520.000	4.090.000	+ 570.000
23.	Swiec. D.	chł.	11	3.980.000	4.560.000	+ 580.000
24.	Josk. D.	„	10	3.340.000	3.930.000	+ 590.000
25.	Szw. SZ.	„	11	3.420.000	4.020.000	+ 600.000
26.	Staw. Ch.	„	9	4.080.000	4.710.000	+ 630.000
27.	Roz. E.	dz.	8	4.200.000	4.880.000	+ 680.000
28.	Rott. J.	chł.	13	3.140.000	3.880.000	+ 740.000
29.	Zyl. B.	„	12	3.080.000	3.860.000	+ 780.000
30.	Rap. I.	„	12	4.060.000	4.990.000	+ 930.000

Grupa II-ga.

1.	Tesz. I.	chł.	10	4.080.000	4.690.000	+ 610.000
2.	Nus. I.	„	13	4.060.000	4.740.000	+ 680.000
3.	Fajn. P.	dz.	10	3.550.000	4.240.000	+ 690.000
4.	Głow. I.	„	9	3.400.000	4.130.000	+ 730.000
5.	Cuk. A.	chł.	14	4.090.000	4.870.000	+ 780.000
6.	Roz. J.	„		3.100.000	3.960.000	+ 860.000
7.	Wejs. B.	„	9	2.980.000	3.970.000	+ 990.000
8.	Kirsz. L.	„	9	3.720.000	4.750.000	+ 1.030.000
9.	Fel. J.	„	7	3.900.000	5.050.000	+ 1.150.000
10.	Wil. L.	„	10	3.900.000	5.050.000	+ 1.150.000
11.	Dusz. L.	dz.	14	3.540.000	4.710.000	+ 1.170.000
12.	Losz. Ch.	chł.	12	3.830.000	5.020.000	+ 1.190.000
13.	Dun. G.	dz.	13	3.400.000	4.750.000	+ 1.350.000

14.	Rozm. Sz.	chł.	10	3.120.000	4.550.000	+ 1.430.000
15.	Ang. H.	„	9	2.590.000	4.100.000	+ 1.510.000
16.	Saeur H.	„	10	3.300.000	4.840.000	+ 1.540.000

Grupa III-cia.

1.	Fuks. Ch.	chł.	8	3.600.000	3.590.000	— 10.000
2.	Sauer A.	„	8	3.750.000	3.780.000	+ 30.000
3.	Aronf. I.	„	11	3.410.000	3.460.000	+ 50.000
4.	Zien. L.	„	12	4.280.000	4.330.000	+ 50.000
5.	Czarn. J.	„	9	4.370.000	4.450.000	+ 80.000
6.	Hor. J.	„	10	4.100.000	4.180.000	+ 80.000
7.	Maj. M.	„	9	3.960.000	4.040.000	+ 80.000
8.	Majm. R.	dz.	10	3.840.000	3.960.000	+ 120.000
9.	Fajn. M.	chł.	10	3.880.000	4.110.000	+ 230.000
10.	Nis. A.	„	10	4.450.000	4.720.000	+ 270.000
11.	Diam. R.	„	13	3.620.000	3.900.000	+ 280.000
12.	Gost. J.	„	12	4.220.000	4.570.000	+ 350.000

Zestawiając wyniki grupy I i II, widzimy dodatni wpływ Phosphit-Ferratu w kierunku powiększenia % Hemoglobiny oraz przyrostu czerwonych ciałek krwi u dzieci.

Pod wpływem dodatkowych preparatów, bogatych w witaminy (Grupa II), krwiotwórcze właściwości Phosphit-Ferratu jeszcze bardziej się wzmogły.

Oprócz przyrostu czerwonych ciałek i hemoglobiny, dzieci wykazały też znaczną poprawę zewnętrzną, jak np. lepszą cerę, lepszy humor i t. p. Zastrzegam sobie jednakże, że co do poprawy ogólnej, jak już wyżej zaznaczyłem, opinja byłaby wyłącznie subjektywna nie oparta na jakichkolwiek liczbach lub danych, podlegających kontroli, a wobec tego nie nadaje się dla pracy o cechach naukowych.

Przy sposobności chciałbym zwrócić uwagę firmom, wyrabiającym preparaty dla dzieci, że w ich interesie leży, aby umożliwić Centralnej Organizacji Opieki nad Dziećmi Żyd. na jednej z jej kolonji dla dzieci i młodzieży urządzić należytą stację doświadczalną nad oddziaływaniem poszczególnych preparatów na ustrój dziecka i młodzieży, podczas jego pobytu na kolonji, t. j. w tym czasokresie, kiedy z jednej strony warunki, w jakich dziecko się znajduje, są odmienne, niż w mieście, a powtóre, kiedy, jak rodzicom tak i wychowawcom najbardziej zależy, aby podreperować zdrowie i siły dziecka.

Uważam na zakończenie za swój obowiązek wyrazić serdeczne podziękowanie za zupełnie bezinteresowne dostarczenie kolonji większej ilości swoich preparatów następ. firmom: Sp. Akc. Spiess i Syn (preparat Phosphit-Ferrat), E. Wedel (Kakao owsiane), L. Nasierowski (Tricalcine), Zakł: Chem. „Zabłocie" (Biomalz), Favre (Ovomaltine), Salzman (Hematogen Hommela), Heymanson (Larosan Roche).

Składam tą drogą moje głębokie uznanie lekarkom: paniom Dr. Kejlsonównie oraz Dr. Zundelewiczównie za dokładne i starannie przeprowadzone analizy krwi; oraz personelowi kolonji za przeprowadzenie, w miarę możności, moich zarządzeń przy dożywianiu

JECOROL

Jecorol jest to płyn o konsystencji syropu barwy czerwono-brunatnej i o bardzo przyjemnym smaku.

Zawiera on jod związany chemicznie z garbnikami, oraz rozpuszczalne związki wapnia i fosforu.

Jecorol stosujemy głównie w praktyce dziecięcej przy zołzach, cierpieniach gruczołów chłonnych, krzywicy i rozmiękczeniu kości. Widzimy więc, że wskazania do stosowania „Jecorolu" są te same co i do stosowania tranu, zestawiając jednak Jecorol z tranem pod względem wartości leczniczej, łatwo przekonać się można o przewadze Jecorolu nad tranem, ponieważ ostatni, nawet w tych przypadkach, w których mógłby znaleźć zastosowanie, ze względu na upośledzone zazwyczaj zdolności chłonne żołądka i kiszek u dzieci, zarzucony być musi.

Zawartość związków chemicznych jednego flakonu Jecorolu odpowiada mniej więcej zawartości jednego kilograma tranu.

Jecorol jako wyróżniający się dobrym smakiem jest chętnie przyjmowany i nie psuje apetytu, co często jest obserwowane przy podawaniu tranu.

Jecorol ulega łatwemu wessaniu w przewodzie pokarmowym, jod zaś, jak wykazują badania moczu u dzieci przyjmujących Jecorol, wydziela się z moczem bardzo powoli.

Jecorol, jak to wykazały badania kliniczne przeprowadzane na szerszą skalę w Warszawskim domu wychowawczym, oraz w szpitalach dziecięcych, potwierdziły w zupełności nadzieje pokładane w tym środku.

Łyżeczka od herbaty Jecorolu zawiera 0,015 grama jodu w połączeniu z garbnikami, oraz 0,08 bezwodnika kwasu fosforowego i 0,03 tlenku wapnia w stanie rozpuszczalnym.

Jecorol należy podawać trzy razy dziennie po łyżeczce od herbaty.

Oryginalny „Jecorol" wyrabia laboratorjum apteki Magistra A. Bukowskiego w Warszawie.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

Sternberg. Klinisches über die Erkrankungen des Myokards (Die Ärzt. Prax. T. II, z. 7. 1928).

Sternberg dowodzi, że stare określenia upośledzenia czynności mięśnia sercowego, jak „myodegeneratio cordis", „myocarditis chronica", „osłabienie serca" powinny być wyrugowane z mianownictwa lekarskiego, gdyż zarówno nie przedstawiają one jakichś stałych schorzeń (schorzenia takie mogą powstawać na tle bardzo rozmaitem), jak też nie posiadają odpowiedników anatomo-patologicznych. Dalej autor omawia t. zw. słabe serca, których etjologja może być również rozmaita. Za najważniejsze klinicznie i zgodne z obrazem anatomicznym choroby mięśnia sercowego **Sternberg** uważa zmiany przy kile (kilaki) i przy miażdżycy naczyń wieńcowych serca.

Kilaki mięśnia sercowego mogą wywoływać, zależnie od umiejscowienia, objawy bądź asthma cardiale, bądź choroby **Adams-Stokesa.**

Miażdżyca naczyń wieńcowych serca może powodować t. zw. status anginosus („état de mal angineux"), zawały w mięśniu sercowym (myomalacia cordis), pericarditis epistenocardica, a wreszcie tętniaki serca (przeważnie komory lewej). Należy pamiętać o tem, że miażdżyca naczyń wieńcowych serca może doprowadzić do nagłej śmierci chorego.

Heymans J. i **Heymans C.** Sur le mécanisme de la bradycardie consécutive á l'injection de digitale, strophantine et cymarine. (Journ. of pharmacol. a. exper. therap. T. 29, Nr. 1, 1926).

Autorzy podają następującą metodę badania czynnościowego i farmakodynamicznego pobudliwości ośrodka nerwu błędnego, ew. ośrodka oddechowego u ciepłokrwistych: zespalają oni tętnice szyjne i żyły szyjne dwuch psów, a głowę zwierzęcia otrzymującego krew, po podwiązaniu naczyń kręgowych w taki sposób oddzielają od tułowia, że jest ona związana z tułowiem tylko za pośrednictwem nerwów błędnych. Tułów ten utrzymuje się przy życiu sztucznem oddychaniem, a tętnice udowe łączy się z manometrem, który wykazuje ciśnienie krwi. W takich warunkach głowa izolowana od reszty ciała może jeszcze długo żyć i zachowuje wszelkie znamiona życia (odruchy źrenicowe i rogówkowe, ruchy połykowe i oddechowe).

Stosując powyższą metodę, autorzy przekonali się, że lobelina, weratryna i nikotyna działają bezpośrednio na ośrodek nerwu błędnego, natomiast digalen, strofantyna, cymaryna i atropina nie posiadają takich własności. Zmniejszenie częstości tętna po wstrzykiwaniach naparstnicy nie zależy od układu ośrodkowego, lecz powstaje na drodze czysto odruchowej, naskutek wzmożonego ciśnienia krwi. Dawki nikotyny, porażają obwodowę komórki zwojowe — nie porażają w żadnym razie ośrodka nerwu błędnego, na który powtórne wprowadzenie nikotyny działa tak samo, jak za pierwszym razem.

Lauter i **Baumann.** Calcium und Schlagvolumen. (Dtsch. Arch. f. Klin. Med. T. 155, z. 3/4, 1927).

Autorzy określili ilość krwi wypychanej do tętnicy głównej przy skurczu serca u osób zdrowych (naczczo i w spokoju) z pomocą metody jod-etylowej **Hendersona** i **Haggarda,** następnie zaś podawali dożylnie 5 cm^3 10% rozczynu chlorku wapnia.

Wyniki badań były następujące: 1) zwolnienie tętna w 80% badanych przypadków; 2) nieznaczne wzmożenie ciśnienia krwi; 3) wapń nie zwiększa ilości krwi wypychanej przy skurczu serca, co dotąd przypuszczano. A więc zwolnienie tętna nie stoi w związku ze zwiększeniem ilości wypychanej krwi.

Wermel. Ein Beitrag zur Calcium-Jonentherapie bei Herzerkrankungen. (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 104, z. 5/6, 1926).

Badania nad zachowaniem się jonów wapniowych w chorobach serca wykazały, że przy niedomodze pobudliwość mięśnia sercowego na fizjologiczną ilość wapnia we krwi jest upośledzona; dlatego próbowano zwiększyć stężenie jonów wapniowych we krwi u takich chorych. Autor stosował tu prąd elektryczny (anoda długości 4 m., z 1% rozczynem chlorku wapnia, natężenie prądu 30—60 mil-amp.). Okazało się, że w całym szeregu przypadków po 10—15 takich działaniach prądem (25—30 minut każde) — znacznie poprawiało się serce i objawy niedomogi ustępowały. Badanie ilości wapnia we krwi i w moczu przed i po takiem leczenie wykazywało znaczne zwiększenie ilości wapnia po leczeniu. Takie wzmożenie trwało długi czas. Krzepliwość krwi po zwiększeniu ilości wapnia w ustroju była wzmożona, a tętno opadało podczas, a także po wprowadzaniu wapnia. Ciśnienie krwi nie ulegało wyraźnym zmianom.

Dr. Ernst Fränkkel i Dr. Else Levy.

Doświadczenia
nad urządzeniami filtrującemi w cierpieniach allergicznych
(Klin. Wochenschrift 1928, Nr. 48)

Autorowie zaznaczają na wstępie, że tak zwane allergeny, t. j. ciała bądź natury stałej, bądź lotnej, wywołujące zespoły allergiczne, przenikają zazwyczaj z wdychanem powietrzem do płuc, co stało się powodem, iż Storm van Leeuwen usiłował czynnikom szkodliwym dla zdrowia odnośnych osobników zapobiec w drodze urządzenia dla nich tak zwanych komór bezallergenowych; okazały się one istotnie, jak wynika z nader obfitego piśmiennictwa, bardzo skuteczne jednak i bardzo kosztowne i nie dla wszystkich dostępne.

Autorowie natomiast uciekali się do innego rozwiązania tego ważnego zagadnienia i zaczęli filtrować powietrze przez specjalne aparaty nazwane przez nich **„Allergolix"**, które zupełnie radykalnie uwalniają powietrze od szkodliwych allergenów.

Dla celów praktycznych najodpowiedniejsze są maski „Allergolix", które jak się okazało z doświadczeń, że nie tylko nie przepuszczają żadnych zawieszonych w powietrzu cząsteczek, lecz nawet i zarazków.

Godnym podkreślenia jest fakt, że poprzez maski „Allergolix" nie są w stanie przeniknąć nawet drobnoustroje, jak naprzykład rozpylane hodowle Bacterium coli, Bacillus prodigiosus i t. p.

W szpitalach stosowano z doskonałym wynikiem zarówno maski jak i komory „Allergolix" połączone z motorem, przyczem skutek był niezawodny w następujących schorzeniach:

1) Astma i cierpienia allergiczne,

2) wszelkich cierpieniach dróg oddechowych, w których szczególną rolę odgrywa czyste powietrze i

3) wszelkich wpływów zawodów szkodliwie działających na zdrowie jak garbarze, kuśnierze i t. p.

W końcu artykułu autorowie przytaczają obszerniej spis wyleczonych przy pomocy Allergolix przypadków astmy.

Prof. Gustaw Paul

(z okazji siedemdziesięciolecia urodzin)

W związku z zamieszczonym w numerze pierwszym Therapia Nova artykułem o leczeniu gośćca stawowego szczepieniami skórnemi podajemy dane dotyczące osoby twórcy szczepionki przeciwgośćcowej, podawane obecnie przez gazety niemieckie z okazji 70-ej rocznicy urodzin profesora Paula.

Gustaw Paul urodził się 13 lutego 1859 r. w Prossnitz. W 1883 roku ukończył uniwersytet w Pradze. Od 1886 do 1889 roku był lekarzem okręgowym w Karolinenthal. Od 1895 roku Paul pełni obowiązki dyrektora instytutu szczepień w Wiedniu. W 1900 roku został on mianowany profesorem na kursach dokształcających dla lekarzy urzędowych.

Jako bakterjolog Paul jest autorem licznych prac naukowych. Opracował on specjalną metodę dla djagnozowania ospy, polegającą na szczepieniu otrzymanego materjału na rogówce królika.

Z ogłoszonych w pismach lekarskich artykułów widać jak szanowany jest Paul w tamtejszym świecie lekarskim, zarówno dzięki swej owocnej działalności, jak i dzięki osobistym zaletom charakteru.

Adigan Richter

Jest to czysty przetwór naparstnicy wolny od substancji saponinowych.

Adigan zawiera glukozydy liści naparstnicy w postaci rozpuszczalnej, łatwo wchłaniające się w przewodzie pokarmowym, dzięki czemu nie drażni go.

Wskazaniami do stowania: niedomogi mięśnia sercowego i zaburzenia kompensacji. Znajduje się w handlu w postaci tabletek i w postaci wyskokowego roztworu. Stosujemy 3 do 5 tabletek dziennie lub też 3 razy dziennie po 1 ccm^3 po jedzeniu.

Jodożelazopepton — Lek

Jest to połączenie koloidalnego tlenku żelaza z jodopeptonem i zawiera 0,2⁰/₀ żelaza metalicznego i 0,1⁰/₀ jodu.

Jest wskazany przy zołzach, charłactwie, miażdżycy tętnic, artretyźmie, kile w III okresie, dusznicy bolesnej, zbytniej otyłości. Dorosłym stosujemy 3 razy dziennie łyżkę deserową, dzieciom małym 3 razy dziennie $^1/_2$ łyżeczki.

Jod żelazopepton Lek nie wywołuje nieprzyjemnych objawów ubocznych i nie psuje zębów.

Praktyczna inowacja

Znanem jest ogólnie szerokie rozpowszechnienie jodyny (nalewki jodowej) we współczesnym lecznictwie. Nie od rzeczy więc tu będzie wspomnąć o praktycznej inowacji wprowadzonej przez firmę Rudolf Strzelecki w Warszawie, która wprowadziła do sprzedaży ampułki z jodyną zaopatrzone w pendzelki. Po odłamaniu szklanego koniuszka ampułki spływa zawarta w niej jodyna na pendzelek i przy jego pomocy może być smarowana nią skóra.

Ampułka taka służy do jednorazowego użytku.

Ampułki te są nadzwyczaj dogodne przy pomocy doraźnej, do aptek polowych, kolejowych lub fabrycznych i t. p.

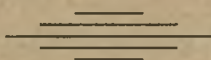
CHEMIKALJA „VICTOR”

MĄCZKA KONTRASTOWA „DENNOS BARIUM“.

POSIADA PRZYJEMNY SMAK
I ZNACZNĄ ODŻYWCZĄ WARTOŚĆ.

Stale na składzie:

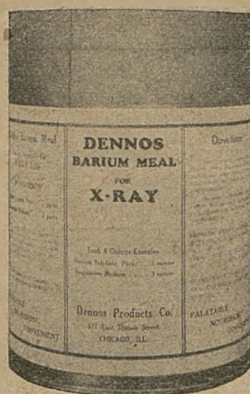
Beczki po 100 ℔ ang.
„ „ 5 „ „
Słoiki „ 250 gr.



Puszki po 250 gr.
„ „ 125 „

Wywoływacz „VICTOR”

Pozwala na wywoływanie „na czas” p/g termometru. Jest nadzwyczaj wydajny, w naczyniach „Impermo” służy szereg tygodni przy codziennem użyciu.



Utrwalacz „VICTOR”

Pracuje szybko, posiada wybitne zdolności garbujące, zapobiega więc spływaniu emulsji negatywów.

ENTEROCAPS’Y „VICTOR”

PREPARAT TETRAJODOFENOLFTALEINIANU SODOWEGO DO BADAŃ WORECZKA ŻÓŁCIOWEGO; 90% WYNIKÓW DODATNICH.

Jeneralne przedstawicielstwo na Polskę

VICTOR X-RAY CORPORATION

W CHICAGO

BRACIA BORKOWSCY S.A.

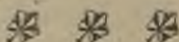
ZAKŁADY ELEKTROTECHNICZNE

Oddział elektromedyczny **Warszawa, Bracka 12, tel. 42-98.**



ZNAK OCHRONNY

TREŚĆ:



REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 112-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 111-55

Konto P. K. O. 19.175

Drukarnia, Stefan Szulc i S-ka, Al. Jerozolimska 65, tel. 504-91.

Drukarnia Stefan Szulc i S-ka, Warszawa, Al. Jerozolimskie Nr. 65. Telefon 504-91.